

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1936

N°

THÈSE

27

POUR LE

DOCTORAT de L'UNIVERSITÉ de PARIS

(Mention Médecine)

PAR

Lew LUNSKI

Né le 24 Juillet 1911, à Bialystok (Pologne)

Sur les vraies et les fausses grossesses extra - utérines intra - ligamentaires

Président de Thèse : A. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE PICART
59, Boulevard Saint-Michel, 59

1936

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT de L'UNIVERSITÉ de PARIS

(Mention Médecine)

PAR

Lew LUNSKI

Né le 24 Juillet 1911, à Bialystok (Pologne)

Sur les vraies et les fausses grossesses extra - utérines intra - ligamentaires

Président de Thèse : A. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE PICART

59. Boulevard Saint-Michel, 59

1936

I. — PROFESSEURS

Anatomie
 Physiologie
 Physique médicale
 Chimie médicale
 Bactériologie
 Parasitologie et histoire naturelle médicale
 Pathologie médicale et générale
 Pathologie chirurgicale
 Anatomie pathologique
 Histologie
 Pharmacologie et matière médicale
 Thérapeutique
 Hygiène et médecine préventive
 Médecine légale
 Histoire de la médecine et de la chirurgie
 Pathologie expérimentale et comparée
 Hydrologie thérapeutique et climatologie

Clinique médicale

Hygiène et clinique de la première enfance
 Clinique des maladies des enfants
 Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encé-
 phale
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
 Clinique des maladies du système nerveux
 Clinique des maladies infectieuses

Clinique chirurgicale

Clinique ophtalmologique

Clinique urologique

Clinique d'accouchements

Clinique gynécologique

Clinique chirurgicale infantile et orthopédie

Clinique thérapeutique médicale

Clinique oto-rhino-laryngologique

Clinique thérapeutique chirurgicale

Clinique propédeutique

Clinique de la Tuberculose

Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte

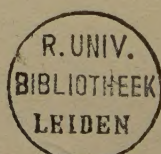
Professeurs sans chaire

MM.

ROUVIERE.
 Léon BINET.
 STROHL.
 DESGREZ.
 Robert DEBRE.
 BRUMPT.
 BAUDOIN.
 CHEVASSU.
 ROUSSY
 CHAMPY.
 TIFFENEAU.
 HARVIER
 TANON.
 BALTHAZARD.
 LAIGNEL-LAVASTINE
 FIESSINGER.
 Maurice VILLARET.
 LOEPER.
 CARNOT.
 CLERC.
 Marcel LABBE.
 LEREBoullet.
 NOBECOURT.

H. CLAUDE.
 GOUGEROT
 GUILLAIN.
 LEMIERRE.
 CUNEO.
 GOSSET.
 GREGOIRE.
 LENORMANT.
 TERRIEN.
 MARION.
 BRINDEAU.
 COUVELAIRE.
 JEANNIN.

OMBREDANNE.
 RATHERY.
 LEMAITRE.
 Pierre DUVAL.
 SERGENT.
 BEZANÇON.
 MATHIEU.
 HOVELACQUE.
 MULON.
 OLIVIER.
 VERNE.
 MOCQUOT.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

BENARD (Henri).Pathologie médicale.
 BERNARD (Et.) ..Pathologie médicale.
 BOULINPathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALAPathologie médicale.
 CHEVALLIER ...Pathologie médicale.
 DOGNONPhysique.
 FEYUrologie.
 GALLIARDParasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART
 D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.
 GAYETPhysiologie.
 GIROUDHistologie.
 HAGUENAUPathologie médicale.
 HALPHENOto-rhino-laryngologie.
 HAZARDPharmacologie.
 HUGUENINAnatomie pathologique
 JOANNONHygiène.
 LABBE (Henri) ..Chimie biologique.
 LACOMMEObstétrique.
 LANTUEJOUL ...Obstétrique.

MM.

LAROCHE (Guy)..Pathologie médicale
 LEMAIREPathologie expérimentale.
 LEVEUFPathologie chirurgicale.
 Mlle J. LEVYPharmacologie.
 LEVY-VALENSI .Neurologie et Psychiatrie.
 MOREAUPathologie médicale.
 MOULONGUET ..Pathologie chirurgicale.
 MOUQUINPathologie médicale.
 OBERLINGAnatomie pathologique.
 PETITDUTAILLISPathologie chirurgicale
 PIEDELIEVRE ...Médecine Légale
 PORTESObstétrique.
 RICHETPhysiologie.
 SANNIEChimie biologique.
 SENEQUEPathologie chirurgicale.
 TROISIERPathologie expérimentale.
 TURPINPathologie médicale.
 VIGNESObstétrique.
 WILMOTHPathologie chirurgicale.
 BEZANÇON (J.) Hydrologie.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVEPathologie chirurgicale.
 BUSQUETPharmacologie.
 CHAILLEY-BERT.Physiologie.

MM.

LEROUXAnatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIREParasitologie.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.

ABRAMI	}	Clinique médicale.
ALAJOUANINE ..		
AUBERTIN		
BRULE		
CHABROL		
CHIRAY		
DONZELOT		
DUVOIR		
LIAN		
PASTEUR-VALLE ..		
RY-RADOT		
SEZARY		

MM.

BASSET	}	Clinique chirurgicale.
BROCQ		
CADENAT		
GATELLIER		
HEITZ-BOYER ...		
MOURE		
QUENU		
SCHWARTZ		
VELTER		

MM.

ECALLE	}	Clinique obstétricale.
GUENIOT		
LE LORIER		
LEVY-SOLAL		
METZGER		

V. — CHARGES DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLE	Puériculture.
FREY	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798 l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MA MÈRE

Dont le pieux souvenir restera toujours vivant dans mon cœur.

A MON PÈRE

Faible témoignage de ma reconnaissance et de mon affection.

A MES SŒURS ET A MON FRÈRE

A MES BEAUX-FRÈRES

MEIS ET AMICIS

A MA BIEN CHERE FIANCÉE

Témoignage ému de ma profonde
affection.

A MES FUTURS BEAUX-PARENTS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. COUVELAIRE

*Professeur de Clinique Obstétricale
à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur*

Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse,

Hommage de notre profond respect.

A LA MÉMOIRE DE M. LE PROFESSEUR PROUST

Notre maître à l'Hôpital Broca

Dont nous suivîmes avec passion
l'enseignement gynécologique.
En témoignage de l'immense reconnaissance
que nous lui devons.

AU DOCTEUR PALMER

Chef de Travaux de Gynécologie
Assistant à l'Hôpital Broca

Qui nous a inspiré ce travail et aidé
de ses précieux conseils.
Témoignage de respectueuse gratitude.

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ

ET DES HOPITAUX DE PARIS

INTRODUCTION

Les grossesses intra-ligamentaires ont déjà fait l'objet en France de nombreuses thèses réunissant et synthétisant ce qu'on a écrit sur elles. La plus complète, à cet égard, est celle de Villar (Bordeaux, 1926-27).

Notre but est tout autre. Nous nous sommes proposés de rechercher sur quels critères on pouvait affirmer la situation intra-ligamentaire d'une gestation ectopique et quelles en étaient les variétés anatomiques. Nous avons également recherché quelles étaient les dispositions qui pouvaient simuler l'inclusion intra-ligamentaire. Nous avons procédé de même pour les hématoécles intra-ligamentaires par gestation ectopique.

I. — LES VRAIES ET LES FAUSSES HÉMATOCÈLES INTRA-LIGAMENTAIRES LIÉES A LA GESTATION ECTOPIQUE

a) LES VRAIES HÉMATOCÈLES INTRA-LIGAMENTAIRES

La localisation entre les deux feuillets du ligament large de l'hémorragie compliquant la grossesse tubaire est sans conteste une particularité rare, plus encore peut-être qu'on ne le pourrait croire, car on ne peut accepter comme indiscutables toutes les observations qui en ont été publiées; il faut convenir, en effet, que l'accollement de la trompe basculée contre le feuillet postérieur du ligament large a pu faire considérer comme hématokèles intra-ligamentaires des hématokèles simplement rétro-ligamentaires.

1° Parmi les cas décrits comme hématokèle intra-ligamentaire par gestation ectopique, nous ne croyons devoir conserver que quatre cas, qui, tous, répondent à des hématokèles ayant souflé le ligament large dans toute sa hauteur et sa largeur :

Professeur Guyot. (Hématokèle intra-ligamentaire de deux mois. Laparatomie. Enucléation. Guérison.)

OBSERVATION

Mme C..., 28 ans, réglée régulièrement; règles durant quatre jours. Crise d'appendicite en 1917; crise aiguë typique. Pas d'opération. Guérison en 15 jours. Bonne santé depuis, aucune

récidive. Accouchement normal il y a dix mois. Enfant vivant et bien portant.

Les règles d'octobre (1924) viennent avec trois jours de retard; à leur place, la malade constate des métrorragies de sang noirâtre chocolat, peu abondante, et durant trois jours. Le 10 novembre 1924, en descendant son escalier, elle est prise subitement de douleurs violentes siégeant dans le bas-ventre et du côté droit. Pas de syncope, mais la malade est obligée de se coucher; elle se fait appliquer 3 sangsues sur le côté douloureux par une voisine charitable et fait venir son médecin dans la soirée qui lui fait une piqûre de morphine. Examen, le lendemain, par M. le professeur Guyot appelé en consultation. Bon état général. Pas de pâleur de la face. Pouls à 60. Température 37°. Pas de ballonnement abdominal, aucune voussure. Ventre souple partout, sauf au niveau de la fosse iliaque droite où l'on sent une tuméfaction arrondie, plongeant dans le petit bassin et très douloureuse.

L'examen génital montre une coloration violacée de la vulve. Au toucher, le col est mou et entr'ouvert. L'utérus est gros. Il est nettement refoulé vers la gauche et élevé vers l'abdomen. Les culs-de-sac latéral droit et postérieur sont occupés par une masse régulière, rénitente, peu douloureuse, perçue par le palper combiné. Colostrum au niveau des seins. Pas de métrorragies. Le diagnostic est celui de grossesse extra-utérine droite en voie de rupture. On décide d'intervenir le soir même.

Opération le 11 novembre 1924. Dès le ventre ouvert, on aperçoit l'utérus refoulé à gauche par une grosse masse violacée siégeant nettement dans le ligament large droit. On pince immédiatement la trompe droite, ainsi que les ligaments rond et utéro-ovarien de ce côté. Incision du péritoine antérieur. La main passe entre les deux feuillets du ligament large et arrive à énucléer la masse d'arrière en avant et de bas en haut. Au moment de l'extirpation, elle se perfore et des caillots s'écoulent sur le champ des compresses. Hémostase. Cautérisation de la section de la trompe. Fixation de l'utérus au ligament rond droit. Réfection du feuillet postérieur du ligament large et su-

ture de sa tranche supérieure. Attouchement à l'éther. Vérification des annexes opposées, saines, et de l'appendice qui n'est pas malade. Fermeture du ventre en trois plan, sans drainage. Durée, trente minutes.

Suites opératoires normales, apyrétiques. La malade sort guérie vingt jours après.

Examen de la pièce. — Il s'agit d'une volumineuse hémato-cèle enkystée du ligament large.

La trompe s'étale à sa partie supérieure. Ouverte par la dissection, elle montre un sac placentaire complet contenant un fœtus de deux mois environ. A sa partie basale, correspondant exactement au secteur méso-salpingien on voit une déchirure de la trompe qui conduit directement dans une masse de caillots agglomérés et enkystés par un feutrage périphérique du tissu conjonctif. Le tout est recouvert du péritoine dans le tiers supérieur et nettement dépéritonisé dans les deux tiers inférieurs, correspondant à la base du ligament large.

Paucot. (Hématocèle intra-ligamentaire.)

OBSERVATION

Mme V..., 25 ans, a eu un accouchement normal il y a 2 ans; elle est habituellement bien réglée et n'a pas de leucorrhée. Dernières règles normales du 9 au 16 février; le 7 avril, écoulement de sang peu abondant et ne durant que deux heures.

Le 12 mai, crise douloureuse dans le bas-ventre, se renouvelant le 17 et le 31 mai, et accompagnée à cette date d'un écoulement de sang abondant. Nouvelles crises douloureuses les 2, 4 et 5 juin et encore le 10 et 14 juin; depuis le 15, la malade, qui est alitée depuis le mois de mai, perd du sang noir poisseux. Les douleurs s'irradient à tout le bas-ventre, mais prédominent à droite; il n'existe pas de constipation, mais de la pollakiurie. La température, qui le 31 mai s'est élevée à 39°, reste en plateau aux environs de 37°8.

Je la vois le 17 juin.

Au palper, l'abdomen est souple, non ballonné sauf dans

la région sus-pubienne où l'on perçoit une tumeur dure inclinée à droite, à contours nets et remontant presque à l'ombilic.

Au toucher, le col est un peu mou, le cul-de-sac postérieur n'est pas effacé, mais le cul-de-sac latéral droit est abaissé et bombé; cette saillie dure, convexe, s'étend jusqu'à la paroi pelvienne; on distingue un peu à gauche de cette tumeur peu mobile, faisant corps avec elle, une zone plus dure que l'on suppose être l'utérus; tuméfactions abdominale et vaginale forment un seul bloc.

Le 18 juin, *laparotomie* médiane sous anesthésie chloroformique; le péritoine ne contient pas de liquide; l'épiploon est adhérent par une bride peu large et aussitôt sectionnée à la face postérieure de l'utérus au niveau de son bord gauche. Sur le côté droit de l'utérus, refoulé en avant et à gauche, se trouve une masse noirâtre d'où émerge un phallus turgescant de même coloration, gros comme le pouce; la tumeur se prolonge jusqu'à la paroi pelvienne. Des anses grêles y adhèrent en arrière, mais se laissent détacher sans difficulté; assez bas vers le Douglas, le péritoine, sans être cependant de coloration normale, est reconnaissable.

Section de la trompe au niveau de son insertion utérine et incision longitudinale sur le bord postérieur de ce que je pense être le ligament large; en le décollant, je tombe dans une masse de caillots sanguins très compacts; je sectionne ensuite longitudinalement le ligament sur son bord antérieur et nettoie la vaste cavité ainsi découverte de tous les caillots qui y adhèrent à sa portion externe; les vaisseaux iliaques sont à nu, l'uretère, disséqué par l'hémorragie sur une longueur de 6 à 8 centimètres, a été refoulé en avant et appliqué contre le feuillet antérieur du ligament large.

Je puis très nettement repérer les deux feuillets du ligament large qui sont saturés l'un à l'autre et péritoniser d'une façon assez satisfaisante le côté droit du pelvis. La tumeur sanguine débordant la face postérieure de l'utérus semblait prête à se rompre en cet endroit. La trompe gauche est rouge violacé, congestionnée, et son pavillon non obturé, mais dont les franges sont agglutinées, laisse sourdre un liquide rosé;

l'ovaire, de ce côté, présente de minuscules kystes inflammatoires; le désir formellement exprimé par la malade de n'être point stérilisée m'enlevant toute hésitation touchant la conservation des annexes gauches, je les laisse en péritoine libre et me contente d'une péritonisation haute, unilatérale, en me servant des anses intestinales primitivement adhérentes pour couvrir la portion cruantée de l'utérus. Fermeture du ventre sans drainage.

Examen de la pièce. — La tumeur était constituée par un caillot sanguin du volume d'une petite tête fœtale, coiffée d'une trompe allongée et adhérente dans sa moitié interne, tandis que sa moitié externe, bourrée également de sang, formait la corne saillante que j'ai décrite; l'orifice tubaire n'était pas complètement obturé et en exprimant la trompe on faisait sourdre de petits caillots. En sectionnant la trompe transversalement, on trouve en son tiers moyen une zone épaisse d'un doigt sur son bord inférieur, donc dans la zone du méso-salpinx. Les suites opératoires ont été apyrétiques et sans incidents fâcheux.

(Chavannaz et Loubat.)

OBSERVATION

X..., 24 ans, entre dans notre service le 17 février, présentant depuis plus d'un mois des douleurs violentes dans le bas-ventre et des pertes anormales. Rien de particulier dans ses antécédents.

A l'examen, le ventre, non ballonné, est assez souple, sauf au niveau de la partie inférieure où, par la palpation, on perçoit une masse du volume d'une orange, remontant à 4 ou 5 centimètres au-dessus du pubis et s'étendant dans la fosse iliaque droite. Le toucher montre un col gros, mou, entr'ouvert, appliqué contre la symphyse pubienne par une masse volumineuse, assez molle, presque fluctuante, qui emplit le cul-de-sac postérieur et surtout le cul-de-sac droit. Il n'y a pas la moindre mobilité dans la tumeur qui semble bloquer le corps utérin que la main perçoit difficilement en avant. L'utérus paraît gros.

Le 18 février, la malade ressent une douleur extrêmement vive toujours dans le bas-ventre. En même temps, on peut suivre l'accroissement du volume de la tumeur qui, quelques heures après, forme une saillie volumineuse remontant jusqu'au voisinage de l'ombilic. L'état général est troublé, le facies est pâle, angoissé, le pouls bat à 124. La température s'élève à 38°. On a porté le diagnostic d'hématocèle.

Le 19 février, nous intervenons par laparotomie médiane.

Dès l'ouverture du péritoine, on est frappé par l'absence de sang dans sa cavité; dans le pelvis, on trouve une masse brunâtre, plus grosse qu'une tête fœtale, refoulant l'utérus en avant et un peu à gauche, en étirant considérablement le ligament rond du côté droit. Utérus et tumeur forment une seule et même masse, immobile, dure et tapissée par un péritoine d'aspect normal. En arrière de l'utérus, cependant, transparait à un endroit une couleur noirâtre ecchymotique. Les annexes gauches sont un peu grosses, œdématisées, mais ne paraissent pas altérées. A droite, les annexes ont disparu dans la masse signalée (seul, l'ovaire fait une légère saillie en arrière de la tumeur). Il est facile de reconnaître un hématome intraligamentaire droit et on s'efforce de l'enlever en respectant l'utérus et les annexes gauches, la malade tenant à avoir des enfants. Pour cela, après tentative de décollement en masse, on incise le feuillet péritonéal postérieur et par cette brèche on évacue une grande quantité des caillots sanguins et une partie de la poche fibrineuse. La trompe, extrêmement volumineuse, noyée dans l'hématome, est enlevée ainsi que l'ovaire. Les caillots sanguins, noirâtre, ont distendu les feuillets du ligament large et ont fusé en arrière de l'utérus jusqu'au bord gauche. En bas et en dehors, les feuillets du ligament large sont également très écartés et la tumeur semble reposer sur la paroi pelvienne. Après l'extirpation des caillots, on peut constater qu'il existe une vaste cavité cruantée, au fond de laquelle on voit complètement dénudée la veine iliaque externe droite. L'accolement des parois de la poche étant impossible, pour éviter le suintement sanguin, on fait un tamponnement peu serré avec une bande de gaz dont l'autre extrémité vient sortir à la partie inférieure de l'inci-

sion abdominale. Drain de caoutchouc à l'angle inférieur de la plaie. Suture de la paroi à trois plans.

L'examen de la pièce a montré que, à côté des caillots plus ou moins anciens, de configuration banale, il y avait la trompe droite augmentée de volume, œdémateuse, avec une cavité centrale élargie et contenant elle aussi des caillots, mais des caillots fibrineux assez anciens, à surface lisse, régulière, comme tapissée d'une séreuse et simulant grossièrement un embryon de 3 ou 4 centimètres en un point. L'ovaire, augmenté de volume, situé en dehors et en arrière, adhère par une assez large face à la masse principale formée de caillots.

La guérison complète survient vers le quarantième jour. L'examen histologique a montré dans l'ovaire la participation d'une partie de la surface aux parois de l'hématome. On y trouve un corps jaune volumineux, intact. Un examen attentif de la paroi tubaire n'a pas permis de déceler la moindre trace du tissu chorio-placentaire; il y a des lésions congestives banales.

2° Nous apportons une observation inédite du service du Professeur Proust, où l'hématocèle intra-ligamentaire est encore localisée au méso-salpinx :

OBSERVATION

Mme S..., 41 ans, entre à l'hôpital Broca le 10 mai 1935 pour métrorragies et douleurs dans le bas-ventre. Ses dernières règles normales sont du 2 au 6 mars. Elle a une métrorragie le 10 avril, soit avec un retard de 8 jours. Depuis, métrorragies régulières, peu abondantes, sans caillots, généralement précédées de douleurs. Les douleurs siègent dans le bas-ventre, du côté gauche. Elles surviennent également à la miction et à la défécation.

Les crises douloureuses s'accompagnent généralement de perte de connaissance.

Antécédents : deux enfants, deux fausses couches.

Examen : utérus en antéflexion normale; à gauche, masse

annexielle sensible, cul de sac de Douglas douloureux. Réaction de Ascheim-Zondek négative avec 12 c.c. d'urine.

Le 16 mai, les douleurs s'accroissent, au toucher, le Douglas est plus empâté et très douloureux.

La ponction de Douglas ramène un peu de liquide séro-sanguin dans l'aiguille. Diagnostic : Hématocèle.

Opération le 16 mai (MM. Grasset, Jonnard). Laparotomie médiane. Un peu de sang noirâtre, sans caillots, dans le péritoine. A gauche, masse annexielle. Ablation des annexes gauches. Un drain. Une mèche dans le Douglas. Fermeture en deux plans.

Examen de la pièce. — La tumeur comporte : 1) l'ovaire; 2) une trompe dilatée à sa partie moyenne et congestionnée; 3) une masse brun-violacée du volume d'un petit œuf, développée dans le méso-salpinx et tendant à englober la partie dilatée de la trompe. Cette masse est bosselée et semble formée de caillots recouverts de la seule séreuse. Elle saille surtout à la face postérieure de ce méso. Le pavillon tubaire est normal; la trompe fendue montre un aspect normal de sa moitié interne. Sa partie moyenne, distendue, est lisse; sur sa face inférieure, à la partie interne de la zone distendue, sur une étendue de 8 mm. environ, se trouve l'implantation d'une masse brune (volume d'une amande verte) qui semble être un placenta nécrosé. On sectionne ensuite perpendiculairement à l'axe de la trompe l'implantation de ce placenta et le méso sous-jacent. On a l'impression que la paroi tubaire est perforée à ce niveau, et une sorte de membrane bleutée descend au milieu du caillot qui distend le méso-salpinx. En résumé : Hématocèle dans l'épaisseur du méso-salpinx; placenta nécrosé, n'ayant plus qu'une implantation minima au niveau de la perforation.

3° Quelles sont les constatations qui permettent d'affirmer que l'hématocèle était bien intra-ligamentaire ? Ce sont :

1. La situation de la trompe étendue à la partie haute de la tumeur et de l'ovaire fixé à sa face postérieure.

2. L'existence de feuillets antérieur et postérieur du ligament large suffisamment reconnaissables et assez peu altérés pour être utilisés pour la péritonisation.

3. Le passage de l'uretère parmi les caillots.

b) LES FAUSSES HÉMATOCÈLES INTRA-LIGAMENTAIRES

Nous désirons simplement montrer par un exemple émanant du service du Professeur Proust que des hématocèles *encapuchonnées* par le ligament large peuvent, au cours de l'intervention, simuler une hématocèle intraligamentaire.

OBSERVATION

Mme T..., âgée de 26 ans, primipare. Règles régulières jusqu'en octobre 1934. En novembre il y aurait eu successivement une perte rouge durant un jour, quinze jours après les règles; puis « des règles » trois semaines plus tard. Elle aurait eu des règles normales du 2 au 6 janvier 1935.

La malade raconte qu'elle avait une première crise douloureuse après les règles de novembre-décembre (?) durant 7 heures et siégeant dans le bas-ventre, du côté droit.

Elle souffre de façon continue depuis le premier février 1935, avec des pertes blanches abondantes. On la fait entrer à l'hôpital Broca avec le diagnostic de rétroversion utérine et annexite droite, mais, soupçonnant la possibilité d'une grossesse tubaire, on fait faire une réaction de Ascheim-Zondek, qui est positive. D'autre part, la malade fait le 20 février, une crise douloureuse vive avec pâleur, atteinte de l'état général (nez pincé), durant 40 minutes environ. Le 22 février la masse droite a augmenté de volume. La malade présente une tendance syn-copale, le pouls est à 96, la température à 37°7.

Intervention (MM. Proust, Jonard). Laparotomie médiane. Sang dans le péritoine. Le ligament large droit bombé en avant, comme s'il contenait dans son épaisseur un hématome du volume d'une grosse mandarine. On sectionne : 1° le pédicule interne au niveau de la corne utérine; 2° le pédicule externe, sous lequel est engagée la pointe de l'appendice qui est rouge. On bascule à ce moment la masse en dehors, en tentant de l'énucléer de dedans en dehors comme une tumeur du ligament large. On aperçoit l'urètre et la crosse de l'utérine, ce qui montre bien qu'on est dans l'épaisseur du ligament large. Mais en continuant à basculer la masse, un décollement se produit en arrière, et on s'aperçoit que les caillots organisés sont en réalité groupés autour de l'ovaire avec un corps jaune assez gros, et par conséquent, non pas entre les deux feuillets du ligament large, mais dans la loge tubo-ovarienne tout simplement. On termine rapidement l'ablation de la masse. Un Mikulicz dans la base du ligament large.

Suites opératoires normales. La malade quitte le service au bout de 4 semaines.

Examen de la pièce opératoire est rendu difficile par les caillots très adhérents. Toutefois on reconnaît d'avant en arrière:

- 1° un feuillet péritonéal sain;
- 2° une zone de tissu conjonctif clivable qui répond à l'interstice du ligament large;
- 3° un feuillet épaissi, doublé d'une coque de caillots adhérents et qui doit être le feuillet postérieur du ligament large.

En effet, sur ce feuillet s'implante l'ovaire qui est lui-même enrobé de caillots qu'on détache plus facilement; le feuillet ligamentaire a été enlevé sur une grande étendue, ce qui explique qu'on ait vu à nu l'urètre au cours de l'opération. Macroscopiquement il nous a été impossible de retrouver le point d'implantation de l'œuf.

La présence du sang dans le péritoine n'élimine pas le diagnostic d'hématocèle intra-ligamentaire, parce que le sang péritonéal peut provenir de la trompe gravide.

Ce qu'il faut, c'est rechercher, du bout des doigts recourbés, le clivage au pôle inférieur.

II. — LES VRAIES ET LES FAUSSES GROSSESSES INTRA-LIGAMENTAIRES

a) LES VRAIES GROSSESSES INTRA-LIGAMENTAIRES

Nous entendrons par *vraies grossesses intra-ligamentaires* tous les cas où le sac fœtal se développe entre les deux feuillets du ligament large en soufflant ce ligament.

« Le sac fœtal ampullaire — écrit M. le Professeur Couvelaire, en étudiant l'expansion intra-ligamentaire — simple dilatation péculée de l'ampoule au début de l'évolution de l'œuf, peut, dans certains cas, lorsque le placenta s'insère au niveau du secteur mésosalpingien de la circonférence tubaire, se développer excentriquement non pas vers la cavité péritonéale, mais entre les deux feuillets du ligament large. C'est l'évolution intra-ligamentaire. »

Ici, aussi, une étude attentive des observations publiées oblige à en éliminer un grand nombre, parce que les auteurs ne signalent pas de critères certains de l'inclusion ligamentaire de l'œuf.

Disons d'emblée que la plupart des observations de grossesses avancées sont en général inutilisables à ce point de vue parce que le sac fœtal contracte de nombreuses adhérences avec les organes environnants, et

qu'il devient dès lors, au cours d'une intervention plus ou moins dramatique, à peu près impossible d'affirmer le siège vraiment intra-ligamentaire du sac fœtal.

Avec M. le Professeur Couvelaire, on distingue deux variétés essentielles dans l'évolution intra-ligamentaire de la grossesse ectopique.

1° Dans la *variété complète*, « le sac fœtal est profondément enfoui dans le bassin; la trompe est étalée au niveau de son pôle supérieur; l'utérus est dévié latéralement; il est, par son bord latéral et sa face postérieure, intimement uni au sac, sous une commune couverture péritonéale ».

J. Récamier et P. Petit-Dutaillos. (Fausse couche intraligamentaire droite d'environ 7 mois, hematosalpinx gauche.)

OBSERVATION

Le 10 décembre 1910, Mme E. J..., sans passé pelvien notable, après une suspension de règles de deux mois, a une ménorrhagie avec expulsion de membranes (?) que l'on qualifie de fausse couche ordinaire.

Le 15 janvier suivant, alors que la malade semblait revenue à la santé : phénomènes d'allure cataclysmique consistant en apparition brusque de douleurs abdominales très vives avec ballonnement du ventre, vomissements, arrêt des matières et des gaz, et se rapportant évidemment, comme la suite le démontrera, à une rupture tubaire. Les symptômes péritonéaux persistent avec plus ou moins d'acuité et forcent la malade à garder le lit jusque vers la fin du mois de février. En mars, la crise a pris fin et le médecin traitant pose le diagnostic de la grossesse, sans plus. En avril, la malade va de mieux en mieux et perçoit les mouvements du fœtus tandis que le médecin traitant constate les bruits du cœur. Vers la fin de ce mois, quelques vomissements, de temps à autre. Le 7 mai, reprise de douleurs mais d'un caractère tout autre, sans réaction périto-

néale, donnant à croire à chaque instant que la malade va accoucher. Ces douleurs persistent, plus ou moins espacées, plus ou moins aiguës, durant tout le mois.

En juin les souffrances ont disparu et la malade percevait toujours nettement les mouvements de l'enfant (??).

En juillet, montée du lait. En août, la malade ne sentant plus « remuer » fait venir son médecin qui la rassure.

En septembre, on pratique une nouvelle auscultation qui est négative. La malade continue à se bien porter.

En octobre, quelques petites douleurs, apparition de glaires qui, au bout de quelques jours, le 25, deviennent rosées; le 26 et le 27 abondante ménorrhagie; le 28 la perte de sang diminue, la malade ne souffre plus et entre à l'hôpital Saint-Michel. Au *palper combiné* on constate, tout d'abord, faisant saillie dans le cul-de-sac vaginal droit et la partie attenante du Douglas, une tumeur arrondie qui a tous les caractères d'une tête fœtale avec ses sutures et fontanelles. Au voisinage de l'ombilic, autre saillie arrondie, deux fois moindre, donnant l'idée par sa consistance d'un lobe détaché d'un utérus fibromateux, et qui n'est autre, en réalité, comme nous le verrons, qu'un placenta sclérosé. Cette seconde saillie ne se relie qu'assez vaguement, par le palper et les impulsions, à la tête fœtale et au col utérin rejeté à gauche. On n'arrive pas à dissocier nettement le corps de l'utérus d'une tumeur qui surmonte le col et paraît se relier à la saillie supérieure. Nulle part sensation de petites parties fœtales, pas de bruits du cœur. On croit devoir se dispenser de l'hystérométrie. Les commémoratifs qui ont été relevés avec grand soin et l'examen clinique, si imparfait soit-il, permettent d'affirmer l'existence d'une grossesse extra-utérine d'environ 7 mois avec fœtus mort depuis assez longtemps pour que l'hémorragie opératoire soit peu à craindre. Nous tenons cependant à prendre l'avis du D^r Lapage qui nous engage à agir sans retard. La malade est donc opérée le 15 novembre, en sa présence, par le D^r J. Récamier avec l'assistance du D^r P. Petit-Dutaillis.

Nous croyons bon avant d'en venir à la marche suivie, de préciser *les rapports du kyste fœtal*. Il est inclus dans le ligament large droit, atrophié et confondu avec lui vers son

pôle supérieur, — très hyperthophié et séparé de lui par un plan de clivage très net sur tout le reste de son étendue. L'enveloppe ligamentaire, par la moitié antérieure de sa surface adhère : 1° au péritoine de la vessie qui, à l'état de vacuité, est étirée de telle sorte que son sommet s'avance jusqu'à mi-chemin de l'ombilic; 2° au péritoine de la fosse paravésicale droite avec interposition, naturellement, du ligament rond et de la *trompe très hypertrophiée* dont les ailerons se sont effacés. Entre le quart postéro-supérieur de l'enveloppe et le péritoine de la paroi abdominale antérieure : interposition du grand épiploon et d'anse grêle, et, au-dessous, avec l'appendice.

A la base, *adhérence assez lâche avec l'ovaire* et avec la face postérieure de l'utérus qui est en antéverson forcée et un peu rejeté sur la gauche. Le cul-de-sac vésico-utérin est oblitéré.

On fait une *laparotomie* médiane sous-ombilicale. L'opérateur se rendant compte de la situation de la vessie, fait porter l'incision péritonéale au-dessus, libre à la main et refoule les anses grêles peu adhérentes, détache de près au bistouri et sans dommage celle qui fait corps avec l'enveloppe du kyste, libre de même, puis résèque et enfouit l'appendice. La tumeur pouvant être alors libérée du caelum par un lit de compresses, il sépare sans trop de peine son enveloppe du péritoine de la loge pelvienne antérieure (péritoine vésical et paravésical) et, en passant la main au-dessous, la détache de même de l'ovaire et de la face postérieure de l'utérus. Ceci fait, on trouve facilement le plan de clivage entre le ligament large épaissi et la paroi même du kyste fœtal qui est complètement énuclée sans être ouvert : on lie au passage les pédicules annexiels interne et externe qui fournissent au kyste ses vaisseaux. L'écoulement du sang est insignifiant. Les débris de la trompe et l'ovaire sont réséqués.

Les annexes gauches complètement libres, étant alors examinés on découvre à la partie moyenne de la trompe de ce côté un caillot, de la grosseur d'une noisette, qui est énuclée après incision longitudinale, puis la trompe est refermée par un point continu au catgut fin. Le cul-de-sac vaginal posté-

rieur étant ouvert aux ciseaux, on introduit par cette brèche, dans le vagin, un gros drain qui est fixé de telle sorte qu'il dépasse à peine la surface péritonéale. Par-dessus, tamponnement à la Mikulicz avec mèches à l'intérieur du sac et drain central. Fermeture de la paroi en un seul plan au fil de bronze.

Le kyste a été conservé en entier sans être complètement ouvert. On s'est contenté de constater que la saillie arrondie de son pôle supérieur correspondait bien au placenta et que le fœtus se présentait tête en bas et dos en arrière. Son volume correspondait à peu près à celui d'un fœtus de sept mois, appréciation qui est d'accord avec les phénomènes de faux travail constatés en mai, tandis que certains anamnestiques (cessation de mouvements perçus par la mère, montée du lait) aurait pu faire croire qu'il avait succombé à une époque plus rapprochée du terme.

A l'examen microscopique le caillot extrait de la trompe gauche n'a pas présenté de villosités. Il est pourtant bien probable qu'il s'agissait d'un avortement intratubaire.

On serait même assez disposé à penser que la ménorrhagie survenue au mois d'octobre dernier s'y rapportait, si la malade n'affirmait avoir cessé tout rapport conjugal depuis le 15 janvier. Les suites opératoires ont été des plus simples. La malade a quitté l'hôpital en parfait état.

Cette observation est suffisamment nette, à cause de la constatation de l'état et de la situation de l'ovaire et de la trompe.

Tewfik Remzy. (Technique opératoire des grossesses intraligamentaires.)

Mlle D. Jeanne, âgée de 27 ans, lingère, nullipare.

Antécédents : sa mère est morte d'une phtisie galopante, son père est bien portant. Elle-même a eu la coqueluche pendant l'enfance, la diphtérie à l'âge de 15 ans.

Ménstruation : réglée à l'âge de 14 ans, les règles durent

d'ordinaire 4 jours, et sont abondantes et douloureuses au début. *Dernières règles* : 12 juillet 1922.

Dès le début de la grossesse, elle présente des vomissements matinaux; à part cela on ne relève rien de particulier, la patiente travaille comme d'ordinaire. Le 11 octobre 1922, la malade se lève à 6 heures du matin, commence le travail de son ménage; brusquement et sans raisons plausibles elle ressent une très vive douleur dans le bas-ventre, à gauche, elle pâlit et perd la connaissance. Un médecin de la ville, mandé de suite, parle d'une péritonite au début et conseille glace et ichtyol sur l'abdomen. La malade reste 6 semaines au lit; pendant ce temps, pas de fièvre, sauf une fois où le thermomètre marque 38°; mais elle souffre des douleurs intermittentes dans le bas-ventre et d'assez fréquents vomissements. Après ce traitement, elle reprend son travail normalement. La grossesse évolue sans incidents; les premiers mouvements du fœtus se produisent dans la deuxième semaine de novembre. Au début de février 1923 la malade remarque que son enfant ne bouge plus; inquiète de ce fait elle s'adresse à la polyclinique gynécologique, qui l'envoie à la Clinique gynécologique et obstétricale de l'Université de Genève.

Etat à l'entrée : Abdomen augmenté de volume comme une grossesse de 6 à 7 mois; pas de vergetures; on remarque à droite de l'ombilic une voussure de la largeur d'une grande paume de main. Ligne blanche peu pigmentée.

Palpation : On sent une résistance s'étendant en bas jusqu'à un travers de doigt au-dessus de l'arcade de Poupart; elle s'incurve ensuite horizontalement vers la ligne médiane et à 8 cm. au-dessus de la symphyse; de là elle remonte dans la direction du rebord des fausses-côtes, contourne l'ombilic et le dépasse de 5 cm., puis redescend vers l'épine iliaque antéro-supérieure droite, pour disparaître sans la symphyse en longeant l'arcade 3 cm. au-dessus d'elle. On constate ainsi la présence de deux résistances assez distinctes l'une de l'autre. L'une de consistance plutôt dure, mobile d'avant en arrière et du haut en bas, moins mobile latéralement; l'autre résistance est supérieure, séparée de la première avec une encoche très

nette, de consistance un peu moins dure, et de limites plus imprécises. Cette dernière tumeur est un peu douloureuse et mobile sur les plans sous-jacents.

Percussion : Matité absolue sur toute l'étendue de la tumeur inférieure; sur la tumeur supérieure, la matité augmente à mesure qu'on se rapproche de son pôle inférieur. Submatité à partir de l'ombilic et sonorité à la limite supérieure.

Auscultation : souffle maternel au point de Mac-Burney, se propageant vers la ligne blanche et avec intensité maxima en son milieu. Pas de bruits fœtaux.

Aux seins : colostrum positif.

Organes génitaux : vulve cyanosée; quelques pertes blanchâtres et un peu de sérosité légèrement hémorragique s'écoulant du vagin.

Au toucher : vagin large et court; col très ramolli, un peu abaissé, perméable pour un doigt. Utérus augmenté de volume en élévation et antéposition, gros comme dans une grossesse de 2-3 mois, remontant à 3 travers de doigt au-dessus de la symphyse et un peu à gauche. Dans le Douglas et accolée à la lèvre postérieure du col, on trouve une résistance fixée de la grosseur d'une tête de nouveau-né, se propageant jusqu'au plan osseux en forme de pain de sucre. Cette tumeur est de consistance irrégulière et présente quelques petites nodosités sur sa paroi antérieure.

Au toucher rectal : on constate que la face postérieure de cette tumeur est plus lisse. *Culs-de-sac latéraux* : le droit est large de 2 doigts, le gauche de 3 doigts. *Au spéculum* : col très volumineux, de couleur violacée et portant de nombreux œufs de Naboth.

On fait une radiographie qui montre très nettement un squelette fœtal en présentation longitudinale, variété podalique et position S.I.D.T.; siège décomplété, mode des fesses, profondément enclavé dans le petit bassin.

Le diagnostic de grossesse abdominale se confirme et on décide l'intervention qui est pratiquée sous anesthésie générale le 16 février 1923.

Opération (opérateur Prof. O. Beuttner) : Laparotomie médiane, avec incision allant un peu plus haut que l'ombilic et le contournant à gauche.

L'abdomen ouvert, on relève l'état suivant : l'utérus est augmenté de volume comme une grossesse de 2 à 3 mois, aplati d'avant en arrière, en antéposition, et légère sinistroversion, directement derrière la symphyse. Ce qui frappe d'abord, c'est la trompe droite qui est largement étalée et allongée et remonte vers l'abdomen en forme de corne de cerf. Elle est appliquée sur la face antérieure d'une volumineuse tumeur qui bouche le petit bassin, remonte dans la fosse iliaque droite et atteint l'hypocondre droit. La trompe est séparée de cette tumeur par un sillon de 3-4 cm. de profondeur. La tumeur citée est composée de deux parties : la première, inférieure et latérale droite, fait une voussure caractéristique, elle est sillonnée par des très gros vaisseaux et se dirige horizontalement de droite à gauche (placenta). La deuxième partie de la tumeur est allongée, de couleur jaune-verdâtre, de consistance molle, recouverte du péritoine et remontant jusqu'aux limites indiquées plus haut. Les annexes gauches sont ptosées, la trompe est allongée, hyperhémisée, l'ovaire est normal. Toute cette tumeur, recouverte du péritoine, se trouve entre les deux feuillets du ligament large droit, qui sont largement écartés par elle.

On pose le diagnostic de grossesse intraligamentaire droite avec enfant mort; le placenta est développé sur le feuillet postérieur qui est fortement repoussé en haut. Il existe des adhérences très nettes entre le pôle supérieur du revêtement péritonéal de la tumeur d'une part et les anses intestinales grêles et l'épiploon d'autre part. On place des pinces sur ces premières adhérences et on luxe le pôle supérieur de l'œuf avec la semelle de Reverdin; cette luxation est assez facile. Il se produit une hémorragie en nappe au pôle supérieur, on l'arrête au moyen des compresses chaudes. On met ensuite une pince de Kocher latéralement, parallèlement au bord droit de l'utérus de haut en bas, on coupe alors le ligament propre de l'ovaire droit, la trompe droite et les deux feuillets du ligament large droit. Puis on pratique une incision longitudinale

sur les deux feuillets, surtout sur l'antérieur en suivant aux ciseaux le ligament rond droit jusqu'à son entrée dans le canal inguinal. On refoule le feuillet antérieur en bas, comme dans un kyste intraligamentaire; puis on plonge la main droite dans la profondeur en arrière de l'utérus; on va à la recherche du pôle inférieur de l'œuf que l'on extériorise avec peine. On remarque que, au fur et à mesure que l'on remonte le fœtus vers l'abdomen, le sigmoïde suit cette ascension. En effet, dans son développement l'œuf en se faufilant entre les deux feuillets du ligament large droit a ainsi soulevé complètement le sigmoïde, et a étalé les feuillets de son méso. On pratique alors l'ouverture des membranes en les effondrant à la hauteur du milieu du siège du fœtus; on va ensuite à la recherche de ce dernier que l'on saisit comme pour une extraction et sur lequel l'assistant tire pendant que l'opérateur refoule les membranes en haut. Arrivé à la hauteur de sa tête, on constate de nombreuses adhérences en toile d'araignée, entre la tête fœtale et la face interne des membranes; on les détache doucement, on sort le fœtus qui est macéré et de volume d'un enfant de 7 mois environ. On met le fœtus de côté sans couper le cordon, on suit ce dernier de la main pour atteindre plus aisément son insertion placentaire et l'on se met à extraire, très doucement et petit à petit le placenta adhérent au feuillet postérieur. Ce feuillet postérieur du ligament large est extrêmement distendu et soulevé. Il a entraîné dans son ascension, en la soulevant toute la séreuse tapissant normalement le côté droit et postérieur du petit bassin, et celle recouvrant la ligne innominée et la naissance de gros vaisseaux iliaques. On sectionne le feuillet postérieur petit à petit jusqu'à la hauteur normale du ligament spermatique en le chargeant au fur et à mesure avec des pinces de Kocher et en faisant ensuite les ligatures nécessaires.

L'extirpation de l'œuf au complet a duré 20 minutes. Une fois cette extirpation faite, on se trouve en présence d'un utérus ayant ses annexes droites rasées le long de son bord externe droit et portant encore intacts les deux ligaments ronds et les annexes gauches. La perte de substance est énorme et on se rend compte sans peine qu'il est inutile de songer à la combler. On referme le bord droit de l'utérus par un catgut con-

tinu; on ferme ensuite une brèche séreuse du mésosignoïde sur une longueur de 5 cm. par un catgut continu. Vu cette situation, on décide de placer un Mikulicz recouvrant toute la perte de subsance séreuse (drainage, tamponnement). La gaze xéroformée placée à l'intérieur du Mikulicz comprime en partie le côté droit du petit bassin et en partie toute la région avoisinant la ligne innommée droite. L'hémorragie en nappe dans le petit bassin est plutôt minime. Le total du sang perdu au cours de l'opération est certainement très inférieur à un litre. Vérification de l'appendice qui est normale. Fermeture de l'abdomen selon la méthode usuelle, en laissant sortir les gazes du Mikulicz au milieu de la plaie abdominale.

Suites opératoires : L'état général satisfaisant. Le 10^e jour après l'opération, enlèvement du sac du Mikulicz. On y place un drain en caoutchouc. Ultérieurement une phlébite de la jambe droite se déclare. Le lieu de drainage se ferme petit à petit, la phlébite se guérit et la malade quitte la clinique le 26 mai 1923, ayant un bon état général et la cicatrice abdominale guérie.

Description anatomique de la pièce extirpée : La pièce est composée de la trompe, de l'ovaire et du ligament large sectionnés sur la bord droit de l'utérus. A l'endroit de la section le ligament large mesure 6 cm. de hauteur et 6 cm. d'épaisseur moyenne. Cette section intéresse le bord utérin de la trompe aplatie d'avant en arrière et le pédicule de l'ovaire. Ce dernier a une forme ovoïde, légèrement bosselée, de coloration blanc-nacrée, et mesurant $3\frac{1}{2} \times 1\frac{1}{2}$ cm. La trompe peut être poursuivie sur un trajet de 5 cm. en dehors, après quoi elle se perd dans la paroi d'une tumeur kystique, un peu plus grosse qu'une tête d'adulte, très abondamment vascularisée. Cette tumeur est de forme irrégulièrement ovoïde. Sa moitié supérieure est recouverte par endroit par la séreuse du ligament large. La séreuse paraît manquer sur une grande partie de la surface (arrachée pendant l'opération), qui porte de nombreux débris de membranes filiformes, surtout très vascularisées, contenant souvent des gros vaisseaux. La parois de cette partie de la tumeur est relativement épaisse, elle est dé-

chirée sur certains endroits, et dans la brèche apparaît à l'intérieur une masse spongieuse, qui est le placenta.

La partie supérieur de la tumeur présente une partie mince, transparente, légèrement déchirée en plusieurs points. A travers une de ces brèches sort un cordon ombilical long de 58 cm. qui provient d'un fœtus long de 34 cm. et pesant 880 gr.. D'autre part le cordon ombilical se jette dans le placenta situé dans la moitié supérieure de la tumeur par une insertion marginale, presque vélamenteuse.

Cette observation est absolument démonstrative, parce que la trompe est très évidemment saine et le sac foetal très certainement intra-ligamentaire.

Mahon. (Rupture de grossesse tubaire intraligamentaire.)

OBSERVATION

P., Th..., 21 ans, est envoyée à l'hôpital Saint-André le 3 mai 1929 par M. le Professeur agrégé Papin avec le diagnostic de grossesse tubaire. Dernières règles : 4 mars. A partir du 7 avril elle se mit à perdre du sang pendant un mois : pertes irrégulières, presque quotidiennes, peu abondantes, rouges au début, puis pâles, foncées ensuite et plus abondantes vers la fin du mois. Le 20 avril crise douloureuse dans le bas-ventre et les reins, surtout à gauche, considérée comme une menace d'avortement et traitée par le repos; nouvelle crise le 28 avril. Entre les crises, bas-ventre sensible; mictions et défécations douloureuses. En ce moment la malade dormait mal, mangeait peu, se sentait fatiguée, mais elle n'éprouvait aucun signe subjectif lui permettant de croire qu'elle était enceinte. Enfin, le 3 mai nouvelle crise douloureuse à l'occasion de laquelle elle est examinée par M. le Professeur Papin qui pose le diagnostic de grossesse tubaire et l'envoie à l'hôpital.

Antécédents : Régliée à 13 ans, régulièrement, peu abon-

damment. Grossesse normale à 18 ans, pleurésie sèche interrompant l'allaitement.

Examen à l'entrée à l'hôpital, le 3 mai. Bon aspect général, facies normalement coloré. Pouls : 120.

Palper abdominal négatif. Examen génital : pertes noirâtres, visqueuses. Toucher : col ramolli repoussé à droite, culs-de-sac gauche et postérieur effacés. Toucher combiné au palper : on reconnaît l'utérus de volume normal rejeté en masse à droite et une tumeur de consistance ferme, latéro-utérine, grosse comme une orange, à gauche. Toucher rectal : masse dure dans le Douglas.

Laparotomie immédiate sous anesthésie générale à l'éther; sérum sous-cutané pendant l'intervention. Incision médiane sous-ombilicale; exploration. L'utérus est rejeté en masse à droite, la trompe violacée est libre dans sa partie externe; sa portion ampullaire est même retournée vers le centre du pelvis et à son orifice est appendu un gros caillot; pas d'autre caillot ni de sang libre dans la cavité abdominale. Mais sous la trompe le ligament large est soulevé, tendu, boursoufflé, violacé; il est évident que la grossesse tubaire, vraisemblablement isthmique, s'est développée dans le ligament large. Incision du péritoine : ligature des pédicules et extirpation de la trompe, facile en avant, laborieuse en arrière. On se rend compte alors que la grossesse tubaire est rompue dans la base du ligament large, il y a des caillots organisés au contact des culs-de-sac vaginaux latéral gauche et postérieur. L'hémostase de ce ligament large cruenté où tout saigne en nappe, est difficile. Tamponnement serré à la Mikulicz. Fermeture de la paroi en trois plans. Suites idéales. Le Mikulicz est enlevé le 9^e jour. Le 15^e jour se déclare une scarlatine typique (2 autres cas avaient été observés dans la même salle), dont l'évolution est tout à fait favorable.

L'auteur n'ayant pas décrit l'œuf, nous nous demandons s'il ne s'agit pas, dans ce cas, plutôt d'une hématocele que d'une grossesse intra-ligamentaire.

2° Dans la *variété partielle*, « l'évolution semble se faire le plus souvent dans la partie la plus externe, tubo-ovarique, de l'aileron moyen du ligament large, le sac restant libre ou adhérent secondairement aux organes voisins, la base seule se trouvant incluse à la partie supérieure du ligament large ».

Voici deux observations anatomiques de M. le Professeur Couvelaire, qui a pu étudier cette expansion intra-ligamentaire partielle du sac sur deux pièces d'âge différent :

1. Dans la première, le sac ampullaire s'était développé sur place en situation élevée. La greffe de l'œuf correspondait aux secteurs méso-salpingien et latéraux de la circonférence tubaire. L'évolution intra-ligamentaire était seulement esquissée; elle s'était faite dans la direction du ligament tubo-ovarique, c'est-à-dire dans la partie externe du méso-salpinx, le dédoublant, faisant saillir et étalant la belle frange tubo-ovarique lancéolée.

2. Dans la seconde, le sac fœtal renfermait un fœtus en évolution régulière, long de 14 cm. Le placenta était inséré sur le secteur méso-salpingien de la trompe et s'était développé sur les éléments mêmes du ligament large dédoublé. La paroi supérieure abdominale du sac était purement tubaire et correspondait au pôle membraneux libre de l'œuf. Mais ce sac à évolution partiellement intra-ligamentaire n'était pas libre; il était, par sa périphérie, adhérent à l'utérus, à l'épiploon, au méso-colon pelvien. La surface externe portait après l'extirpation chirurgicale de nombreuses adhérences lâches. « Cette coque secondaire musculo-conjonctivo-vasculaire, qui double le sac dans la portion donnant insertion au placenta, coque que peuvent compléter les adhérences

néo-membraneuses périphériques, semble devoir favoriser le développement de l'œuf. »

La première observation démontre avec netteté l'inclusion partielle de l'œuf; quant à la deuxième, la grossesse étant plus avancée, le sac fœtal contracte de nombreuses adhérences avec les organes environnants, et il est plus difficile de reconnaître les rapports anatomiques exacts du sac avec le ligament large.

3^e M. le Professeur Proust nous a confié une observation qui ne rentre dans aucune de ces deux variétés :

OBSERVATION

Mme B..., âgée de 38, IV pare. Accouchements normaux. A eu deux fausses couches et un curettage en 1924. Appendicectomie en octobre 1932, après laquelle, période d'aménorrhée de plusieurs mois. Réglée à l'âge de 17 ans; règles normales, durant 4 jours, régulières, non douloureuses. Pas de pertes blanches. Dernières règles en novembre 1934, du 26 au 30. Le 20 décembre survient, après un effort, une crise douloureuse violente, siégeant dans le bas-ventre, accompagnée de vomissements. Pas de température. Au bout de quelques heures cette crise cesse, un endolorissement de l'abdomen seul persiste. Le 13 janvier 1935, elle perd du sang abondamment, d'odeur très fétide, et expulse le second jour une membrane. Depuis, rien de particulier; quelques nausées persistent seulement. Pas de vertiges. Vient à la consultation à l'hôpital Broca le 28 janvier. A l'examen on trouve un col entr'ouvert. L'utérus est un peu gros et ferme. Dans le cul-de-sac latéral droit on trouve une masse de grosseur d'une noix, dure et peu douloureuse, séparée de l'utérus par un sillon.

Intervention le 2 février (MM. Proust, Roux). Parois très vascularisée et saignant facilement. Quelques ligatures d'hémotase. Dans le petit bassin, à droite de l'utérus, masse adhérente et bloquée, renitente, bleuâtre, que l'on croit devoir pon-

tionner. La trompe est à la surface. On sectionne le ligament rond et on libère le plan péritonéal antérieur (ligament large). Ligature du pédicule utéro-ovarien. Bascule d'avant en arrière et de bas en haut de la masse latéro-utérine que l'on décolle du plan postérieur. La masse est ainsi enlevée. Surface cruentée. Un Mikulicz, deux mèches, un drain.

Suites opératoires normales.

Examen de la pièce opératoire. Examen macroscopique.

La pièce comporte : 1° un ovaire petit, scléreux, sans corps jaune; 2° une masse noirâtre, arrondie, du volume d'une grosse mandarine avec, à sa surface, la trompe aplatie et étalée, mais sans pavillon visible.

On fend la trompe et l'on constate deux parties d'aspect différent; la zone interne comporte une muqueuse d'aspect normal avec 4 replis élevés; la zone externe présente des replis à peu près effacés et laisse voir l'œuf par transparence; la transition est brusque; la zone externe se termine en cul-de-sac.

On fend la masse elle-même qui comporte : 1° une cavité centrale arrondie de 3 cm. de diamètre contenant du liquide amniotique et un embryon de 1 cm. environ; 2° un placenta circulaire épais suivant les points de 5 à 15 mm., très infarci; 3° une coque externe, blanchâtre sur la coupe macroscopique.

Examen microscopique. Sur une coupe passant par la partie externe de la cavité tubaire et par l'œuf, on constate : Sur les bords : des franges tubaires œdémateuses, peu plissées, présentant un épithélium intact; un axe conjonctivo-vasculaire très développé, congestif, avec une infinité de petits capillaires noyés dans un stroma œdémateux. La musculaire est nette, quoique dissociée par l'œdème.

Dans la partie médiane, aplatissement extrême de la muqueuse, qui est réduite à une couche uni-cellulaire; la sous-muqueuse est également laminée par l'hémorragie placentaire et les vestiges de la musculature sont dissociés par des infiltrations sanguines.

Dans l'hémorragie maternelle, on trouve des villosités chorionales normales avec revêtement syncytial et nombreuses cœ-

lules de Langhans. La plaque chorale est immédiatement sous le péritoine qui est doublé d'une lame fibreuse.

Le placenta est donc logé en pleine paroi tubaire, en dédoublant la partie externe du méso-salpinx.

Il semble qu'on puisse expliquer le placenta circulaire par la nudation intra-murale.

Il nous semble que ce cas représente la transition entre les deux groupes précédents. Le sac n'a aucune communication avec la cavité tubaire, mais il est développé, non pas dans le ligament large lui-même, mais dans la partie externe de l'aileron supérieur.

Il est vraisemblable que si l'on avait laissé l'évolution se poursuivre, il aurait abouti à la variété complète classique.

b) LES FAUSSES GROSSESSES INTRA-LIGAMENTAIRES

Il est important de savoir que plusieurs dispositions peuvent simuler plus ou moins l'inclusion intra-ligamentaire :

1° Certaines *grossesses tubaires fixées dans le pelvis* peuvent, quand elles dépassent le quatrième mois, paraître au premier abord intra-ligamentaires. Telle l'observation suivante que nous devons à l'obligeance du Professeur Proust :

MM. Robert Proust, Maurice Parat et Palmer. (Grossesse tubaire de cinq mois.)

OBSERVATION

Mme M..., 41 ans, entre à l'hôpital Broca, le 14 septembre 1934, pour douleurs abdominales et pertes de sang.

Elle s'était bien portée jusqu'en mai 1934, et avait eu ses règles normalement du 1^{er} au 4 avril.

Le 15 mai, donc avec 15 jours de retard, une hémorragie de sang noir, sans caillots, accompagnée de douleurs abdominales; cette hémorragie va continuer, peu abondante, pendant quinze jours.

Le 15 juin, nouvelle hémorragie, nouvelle crise douloureuse; la perte de sang dure pendant quatre jours. Le 4 septembre, perte de liquide aqueux, qui va durer une huitaine de jours; puis pertes roussâtres, accompagnées de douleurs obtuses. A l'examen le ventre est un peu augmenté de volume; au palper, on perçoit une masse pelvi-abdominale assez ferme, remontant jusqu'à l'ombilic, avec une bosselure très dure, du volume d'un poing, à droite de l'ombilic. Au toucher, le col est mou; dans le cul-de-sac postérieur on sent une masse arrondie, avec de petites irrégularités.

La première impression est celle d'un fibrome associé à une grossesse, mais avec le risque d'un obstacle prævia; à cause de la masse perçue dans le Douglas. Quant à la masse dure perçue à droite de l'ombilic, M. Proust lui trouve la consistance d'une tête fœtale. Pour vérifier ce point, et préciser éventuellement la situation de l'enfant, on fait une série de radiographies; on constate que la masse dure répond bien à la situation de la tête fœtale qui se projette devant les 4^e et 5^e apophyses costoïdes lombaires, cependant que le reste du fœtus se projette devant l'articulation sacro-iliaque et la grande échancrure droites. En examinant de nouveau la malade, on a l'impression que les mouvements imprimés à la partie gauche de la masse abdominale se transmettent seuls intégralement au col; au contraire, ceux imprimés à la masse dure située à droite de l'ombilic semblent se transmettre plus volontiers à la masse perçue dans le Douglas; enfin, les irrégularités perçues au niveau de celle-ci paraissent être des pieds. On propose alors le diagnostic de grossesse tubaire droite de cinq mois. Ce diagnostic semble être affirmé par la superficialité du fœtus (tête et siège), l'absence de ballottement (pauvreté du liquide amniotique); la fixité de la situation du fœtus. Les battements du cœur fœtal n'ayant pas été perçus, la question se

posait de savoir si le fœtus vivait encore. Une réaction de grossesse sur la lapine faite avec seulement 4 cc. d'urine donne une réaction nettement positive. La vie du fœtus est donc probable.

On se décide à intervenir le 25 septembre 1934 (P^r Proust, D^r Jonard).

Compte rendu opératoire : Incision médiane sous et para-ombilicale. La masse abdomino-pelvienne est bien à deux saillies, dont la gauche laisse percevoir à travers une mince paroi la tête du fœtus, mais la première impression est plutôt celle d'une grossesse angulaire. Cependant, la masse gauche est croisée et bridée en avant par un ligament transversal qui s'implante à l'angle de la masse antéro-gauche, et qui ne peut être que le ligament rond droit : le kyste fœtal est donc bien extra-utérin, mais intimement accolé à la face postéro-gauche de l'utérus, et son ablation nécessite l'hystérectomie. On commence par couper le ligament large pour dégager la face antérieure du kyste fœtal, puis son pôle inférieur; à la face postérieure, il faut libérer une adhérence intestinale. Après avoir ainsi libéré et basculé au maximum le kyste fœtal, on fait l'hystérectomie subtotale de droite à gauche, et on termine par un Mikulicz.

Suites opérations simples, sauf une poussée de pyélonéphrite le 20^e jour. Sortie le 16 novembre en bon état général et local.

Examen de la pièce. — La pièce comprend l'utérus, sectionné au niveau de son isthme, et une poche accolée intimement à son flanc postéro-droit, le débordant un peu en bas, beaucoup en haut.

1° L'utérus est du volume de 2 poings, et paraît régulier extérieurement. On le fend sur la ligne médiane antérieure; il y a dans l'épaisseur du muscle, au voisinage du fond, un fibrome du volume d'un œuf environ, assez mou. La cavité utérine est très grande, régulière, tapissée d'une muqueuse très épaisse, dont la couche superficielle, gris-brunâtre, est en voie de dissociation dans toute son étendue;

2° Le kyste fœtal. Celui-ci est constitué par la portion ampullaire de la trompe, comme le démontre le court segment isthmique, épaissi d'ailleurs, qui l'unit à la corne utérine. La paroi, incisée en arrière et à droite, est mince; on tombe sur l'amnios qui en est nettement indépendant, et qui, ouvert, ne donne issue qu'à une très faible quantité de liquide amniotique. Le cordon apparaît, puis un fœtus de 17 cm., bien conformé et vivant. Celui-ci sorti, on constate que le placenta, du volume d'une grosse mandarine, est implanté sur la zone où le kyste fœtal adhère à l'utérus.

2° Plus trompeuses encore sont celles où la trompe gravide s'est *encapuchonnée* du ligament large, qui se rabat sur la partie haute de la tumeur et tend à passer sur sa face postérieure, comme un capotage de voiture rabattu. « Cet enroulement en cornet a, évidemment, comme cause, la fixité, en arrière, de la trompe adhérente, qui s'allonge considérablement, mais qui finit par ne pas pouvoir suivre, par son allongement, le développement de la tumeur. Un moment arrive où celle-ci, continuant à presser sur le ligament large, ce dernier passe par-dessus elle, la coiffe d'abord, l'encapuchonne au point que le kyste fœtal semble enroulé dans le double feuillet, non déplié, de la séreuse ». La notion de cet enroulement du ligament large sur le sac fœtal est de première importance pour l'opérateur : le ligament distendu souvent vascularisé, étale sa double lame non seulement sur la face antérieure du sac, mais sur son pôle supérieur, et sur une portion plus ou moins considérable de sa face postérieure; seule une zone inférieure, en arrière, est libre de péritoine; c'est là qu'il faut aller chercher le point libre et clivable. Telle l'observation suivante de Vanverts :

Vauverts. (Fausse inclusion de la trompe gravide dans le ligament large.)

OBSERVATION

Mme B..., âgée de 23 ans, réglée normalement, accouche normalement en octobre 1921. Après avoir allaité son enfant pendant 3 mois, elle cesse de le nourrir et voit ses règles revenir régulièrement. Celles-ci apparaissent pour la dernière fois le 16 mars 1923. Le 18 avril, elle perd un peu de sang. A partir du 23 l'écoulement de sang est continu. Le 23 se produit une crise douloureuse qui dure quelques heures et qui s'accompagne de vomissements et de diarrhée. Les douleurs persistent ensuite dans le bas-ventre et de chaque côté, mais plutôt à droite, dans les lombes et dans les cuisses; elles sont continues et peu accusées, mais subissent de temps en temps une exacerbation passagère. Les mictions sont fréquentes et soulagent les douleurs.

A partir de la fin d'avril l'appétit disparaît, les forces diminuent. L'hémorragie vulvaire continue et le sang renferme parfois des débris.

Le 16 mai à l'examen : le visage est pâle. L'écoulement sanguin par la vulve est assez abondant. La percussion révèle l'existence d'une submativité au-dessus du pubis. Le toucher, combiné au palper, montre que le corps utérin est augmenté de volume, repoussé un peu en avant, peu mobile, douloureux à la mobilisation. A droite de cet utérus existe une masse à limites vagues, douloureuse, volumineuse. Le Douglas renferme une collection douloureuse. Ayant posé le diagnostic de grossesse tubaire, probablement droite, avec hémorragie dans le Douglas, on décide l'opération pour le lendemain.

Laparotomie (17 mai). Il n'y a pas de sang libre dans l'abdomen. L'épiploon étalé en nappe derrière la paroi abdominale, adhère solidement au fond de l'utérus et aux annexes. Il est sectionné transversalement entre 2 pinces; sa partie inférieure est ultérieurement libérée et enlevée. La face anté-

rière de l'utérus est complètement recouvert par la vessie qui lui adhère. L'utérus est nettement refoulé à gauche par une masse qui est située à droite et en arrière de lui et qui dépasse son pôle supérieur. Cette masse, de contenu évidemment liquide, est fortement adhérente en arrière, soit directement, soit par l'intermédiaire de brides vélamenteuses, à des anses grêles, au cæcum et aussi à l'appendice dont l'extrémité inférieure est située assez bas dans le pelvis.

L'opérateur arrive, en agissant prudemment à libérer ces adhérences, dont plusieurs sont sectionnées après pincement. La masse se trouve ainsi isolée en arrière sur presque toute sa hauteur; mais dans la profondeur on renonce temporairement à poursuivre la libération. On constate alors qu'elle *semble* développée dans le ligament large, mais qu'en réalité *elle a attiré en arrière et un bas le bord supérieur de celui-ci, dans lequel elle s'est en partie enroulée*, et qu'elle adhère à la face postérieure du dit ligament. Pour faciliter la séparation de la masse, qui répond évidemment à *la trompe remplie de sang*, et de la face postérieure du ligament large, on sectionne transversalement les deux feuillets de celui-ci au niveau du pôle supérieur de la dite masse et ensuite on sectionne après pincement la trompe au niveau de son extrémité interne et le ligament infundibulo-pelvien. Il est alors facile de rompre les adhérences de la trompe au ligament large. Cette libération faite, on constate que la masse tubaire présente au niveau de son pôle inférieur une large brèche, laissant passer plusieurs doigts. La cavité de la trompe communique ainsi largement avec le Douglas qui est rempli de caillots noirs. Le doigt, introduit dans la cavité tubaire, guide le travail de libération qui peut ainsi être mené à bien au niveau du pôle inférieur de l'organe. Les surfaces de libération saignotent et de nombreux caillots noirs y adhèrent solidement. On les laisse, mais par prudence on met au fond de Douglas un sac à la Mikulicz. La trompe gauche était d'apparence saine; mais, étant adhérente à la masse droite, elle resta après sa libération, le siège d'un suintement sanglant qui força l'opérateur à la réséquer. Les suites de l'opération furent simples. La réunion fut ob-

tenue par première intention. Le Mikulicz ayant été supprimé le second jour, un léger suintement persista pendant quinze jours au niveau de l'orifice qui avait donné passage à la gaze.

L'examen de la pièce montra qu'il s'agissait bien de la trompe très dilatée remplie de caillots noirs et présentant une très large déchirure.

3° Il est probable qu'un certain nombre de cas de grossesses dites intra-ligamentaires et celles ayant évolué jusqu'au terme, étaient en réalité des *grossesses abdominales ou plus exactement pelviennes*, encapuchonnées par le ligament large. C'est l'avis de Winkel. C'est également l'avis du Professeur Proust. D'après Winkel, l'insertion basale large dans le bassin peut provenir d'un développement intra-ligamentaire, mais aussi d'une grossesse intra-péritonéale recouverte de nombreuses adhérences. L'auteur dit que si, au début de la grossesse, l'ampoule tubaire était fixée par des adhérences de côté et en arrière dans le bassin, le sac fœtal pourrait être fixé dans le bassin et par des adhérences se souderait aux organes environnants avant sa sortie du bassin. Dans ce mécanisme, le ligament large qui recouvre le sac fœtal par en haut, s'étend dans toutes les directions. On arrive à un état qu'on appelle *insertion pseudo-intra-ligamentaire*. Sur le sac fœtal, qui est sorti du bassin, on remarque une enveloppe séreuse qui n'est rien d'autre que le ligament large. Le feuillet postérieur forme corps avec le sac fœtal et est difficile à différencier. Le ligament large distendu attire l'utérus au sac fœtal et le sort du bassin. Le péritoine pariétal entre également en action et finit par recouvrir la tumeur fœtale. Le ligament large est recouvert de nombreux

vaisseaux dilatés de sorte que le sac fœtal ressemble à un utérus en gestation.

Si les adhérences sont nombreuses, ce qui est constant dans les cas de grossesse avancée, il est vraiment difficile de différencier une grossesse pseudo-intra-ligamentaire d'une intra-ligamentaire vraie. Winkel croit que la plupart des grossesses étiquetées intra-ligamentaires ne sont que des fausses inclusions, c'est également l'avis du Professeur Proust.

CONCLUSIONS

1. — Pour affirmer qu'une *hématocèle* par gestation ectopique est réellement intra-limagentaire, il faut avoir reconnu nettement la trompe (qui peut contenir le sac fœtal ou ses débris), les deux feuillets du ligament large et l'ovaire en arrière de celui-ci. Nous apportons trois observations répondant à ces exigences : celles de Guyot, Paucot et Chavannaz.

Nous apportons également une observation du service du Professeur Proust d'hématocèle développée dans le méso-salpinx, ainsi qu'une observation typique de *fausse hématocèle* intra-ligamentaire, par encapuchonnement d'un hématome par le ligament large.

2. — Pour affirmer qu'une *grossesse ectopique* est réellement *intra-ligamentaire complète*, il faut avoir constaté au cours de l'intervention : 1° la trompe et l'ovaire ; 2° le dédoublement du ligament large par le sac fœtal ; 3° l'impossibilité d'amorcer aux doigts un plan de décollement à la partie postéro-inférieure de la tumeur.

Nous n'avons pu réunir des observations qui soient suffisamment démonstratives, à part celles de Récamier, de Tewfik Remzy et de Mahon.

Nous apportons une observation du Professeur Proust, qui nous semble réaliser la transition entre la variété complète et la variété partielle externe du Professeur Couvelaire.

3. Nous montrons, enfin, avec exemples à l'appui, comment peuvent être réalisées des *pseudo-inclusions* par adhérences ou encapuchonnement d'une grossesse tubaire. Comme Winkel et le Professeur Proust, nous nous demandons, mais sans apporter de fait positif, si nombre de cas étiquetés grossesse intra-ligamentaire, ayant évolué jusqu'au voisinage du terme, ne sont pas des grossesses abdominales, ou plus exactement pelviennes, insérées sur le péritoire pelvien et encapuchonnées par le ligament large.

Vu : Le Doyen,
G. ROUSSY

Vu : Le Président de la Thèse,
A. COUVELAIRE

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris :
S. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- AUDEBERT, E. ETIENNY et RIBAT. — Grossesse intra-ligamentaire; difficultés du diagnostic. (Bull. Soc. d'Obst. et Gyn., 1923.)
- AUVRAY. — Etude de quelques formes anatomiques de la grossesse tubaire. (Bull. d'Ac. de Méd. Paris, 4 avril 1924.)
- BELLA (E. DE). — (Arch. di ostet. e ginec., Napoli, 1924.)
- BREISKY. — In thèse Lemercier.
- BRINDEAU et JANNIN. — La pratique de l'art d'accouchement. Tome III. (1927.)
- COSTA (R.). — Betrachtungen über die intraligamentäre selwangerschaft. (Zentralb. f. Gynäk., 1931.)
- CASALIS. — Vingt-neuf observations de grossesse extra utérine. (Thèse de Paris, 1919.)
- CHAVANNAZ et LOUBAT. — (Soc. gynéc. et obstet. de Bordeaux, 1914.)
- COUVELAIRE. — Etudes anatomiques sur les grossesses tubaires. (Thèse de Paris, 1900.)
- FAURE (J.-L.). — Traité de gynécologie, 1923.
- FLATAU. — (Zentralbb. für Gynäk., n° 15, 1903.)
- FORGUE et CROUSSE. — De l'inclusion intra-ligamentaire. (Gynéc. et Obst., 1925.)
- FRANKL. — (Zentralbl. für Gyn., n° 22, 1920.)
- FROMMEL. — In thèse Lemercier.
- GOURMELON. — Thèse de Bordeaux, 1933-34.
- GUYOT. — Un cas d'hématocèle intra-ligamentaire. Soc. Gyn. et Obst., Bordeaux, 1924.)
- HOEHNE. — Über echte intraligamentäre und parametran tubenschwanegrschaft. (Zentr. für Gynäk., Leipzig, 1923.)

- HUBNER et MOREL. — (Gyn. et Obst., n° 1, 1930.)
KUNTZ. — (Monatsch. fü Gebur. und Gyn., 1919, p. 161.)
LAWSON TAIT. — (The obstetr. Journal, 1888.)
LE BEC. — (Bull. et mém. Soc. chir. Paris, 1891.)
LÖHNBERG. — (Zentralbl. für Gyn., n° 35, 1932.)
LEMERCIER. — Thèse de Paris, 1901.
LÉVY DU PAN. — (Schweizeri. Med. Wechenschr., 1923, p. 671.)
LYLE. — (J. Obst. Gyn. Brit. Emp. London, 1926, X, 596.)
MARCHAND. — (Rev. Gyn. et chir. abd., 1900.)
MAHON. — Gestation tubaire à situation anormale. (Bull. d'Obst. et Gyn., 1928.)
MAGID (M.-O.). — Intraligamentous pregnancy. (Bull. New-York, Acad. Med., 1928.)
PAUCOT. — (Gyn. et Obst., 1926.)
PERLI (Harold). — Gestation intra-pariétale. (Zentral. für Gyn., n° 52, 1924.)
PFEIFFER. — Intraligamentäre tubenschwangerschaft. (Monatschr. f. Berlin, 1923-24.)
PFEIFFER (William). — Gestation ectopique intra-ligamentaire. (New-York, Obst. Soc., octobre 1921.)
PHÉLIPOT. — Hématomes inclus dans le ligament large. (Thèse de Bordeaux, 1913-14.)
POZZI. — Traité gynécologique.
PROUST, PARAT et PALMER. — (Bull. d'Obst. et Gyn., décembre 1934.)
REIN. — (Zentralbl. für Gyn., 1892.)
REMZY (TEWFIK). — Technique opératoire des grossesses intra-ligamentaires. (Gyn. et Obst., 1924.)
RÉCAMIER et PETIT-DITAILLIS. — Fausse couche intra-ligamentaire. (La Gyn., 1912.)
ROCCA. — (Zentralb. für Gyn., n° 34, 1928.)
SCHATZ. — Gestation intra-ligamentaire. (Zentralbl. für Gyn., n° 19, 1925.)

- SCHUCHARDT. — Sur la grossesse tubaire intra-limagentaire. (Virchow's Arch., 1902.)
- SCHWARTZ. — Formes rares de grossesse extra-utérine. (Paris Méd., n° 13, 1926.)
- SPEHL. — (Gyn. et Obst., 1922.)
- STOECKEL. — (Med. Gesellsch. de Kiel, 26 février 1916.)
- TISSIER et VILLARD. — (Bull. Soc. d'Obst., Paris, 1908.)
- TISSIER et PENARD. — (Bull. Soc. d'Obst., Paris 1909.)
- TSAÏ. — Thèse de Bordeaux, 1925.
- VANVERTS. — Fausse inclusion de la trompe gravide dans le ligament large. (Gyn. et Obst., Paris 1924.)
- VAUDESCAL. — Grossesse interstitielle. (Thèse de Paris, 1918-19.)
- VILLAR. — Thèse de Bordeaux, 1926-27.
- WINKEL. — Traité d'obstétrique.
- ZIMMERMANN. — Gestation interstitielle. (Zentralbl. für Gyn., n° 29, 1925.)

IMP. CENTRALE, 5, RUE ERARD, PARIS. TÉL. DID. 49-82.
